

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012

zur Korrektur der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V

mit Wirkung zum 30. August 2012

Präambel

Bei der Qualitätssicherung der Datengrundlage fiel auf, dass einige Krankenkassen im Rahmen der bundesweiten Versichertenstichprobe gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in 184. Sitzung gewisse Teilbestände ihrer Versicherten für das Jahr 2009 nicht übermittelt hatten, sondern erst für das Erhebungsjahr 2010, und dass die Indikatoren der Inanspruchnahme für das Jahr 2010 darauf hinweisen, dass diese Gruppen atypisch sein dürften.

Da die genannte Datengrundlage für die Jahre 2009 und 2010 gemäß Beschluss des 29. Erweiterten Bewertungsausschusses (zuletzt geändert durch Beschluss des 30. Erweiterten Bewertungsausschusses) zur Bestimmung diagnosebezogener Veränderungsraten heranzuziehen ist, ist eine Korrektur der Datengrundlage erforderlich.

1. Änderung der Anlage des Beschlusses des 29. Erweiterten Bewertungsausschusses (zuletzt geändert durch Beschluss des 30. Erweiterten Bewertungsausschusses)

1.1. Abschnitt 2.1.1 der Anlage wird wie folgt neu gefasst:

„Grundlage der Berechnung ist die Geburtstagsstichprobe in der Version 4.0 für die Jahre 2008 bis 2010. In die Berechnungen gehen alle Versicherten mit Geburtstag an den Kalendertagen 3, 10, 17, 24 ein.“

1.2. An Abschnitt 2.1.2 (Umgang mit im Rahmen der Qualitätssicherung auffälligen Datensätzen) werden die folgenden Absätze angefügt:

„Zusätzlich werden bei einer Krankenkasse die „neu gemeldeten Versicherten“ des Jahres 2009 und die „neu gemeldeten Versicherten“ des Jahres 2010 ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse die unten aufgeführten Bedingungen erfüllt. Als „neu gemeldeter Versicherter“ werden dabei die Versicherten definiert, deren lebenslange Versichertennummer im

jeweiligen Vorjahr in der Geburtstagsstichprobe nicht vorhanden ist. Die Neugeborenen des laufenden Jahres werden bei dieser Prüfung nicht mit einbezogen.

Von einer Krankenkasse sind die jeweils „neu gemeldeten Versicherten“ der Jahre 2009 und 2010 auszuschließen, wenn

- das Verhältnis der distinkten lebenslangen Versichertennummern von „neu gemeldeten Versicherten“ zur Zahl der distinkten lebenslangen Versichertennummern aller Versicherter einer Krankenkasse im Jahr 2010 kleiner als 0,5 v.H. oder größer als 2,5 v.H. und
- die Inanspruchnahmequote der „neu gemeldeten Versicherten“ des Jahres 2010 (Zahl der Versicherten mit mindestens einem Abrechnungsfall im Jahr 2010 zur Gesamtzahl der Versicherten) kleiner als 55 v.H oder größer als 85 v.H. ist und
- die Zahl der „neu gemeldeten Versicherten“ im Jahr 2010 größer als 1.000 ist.“

2. Vorgaben zur Ermittlung von Kosten- und Relativgewichten

Abweichend von der Anlage zum Beschluss des 29. Erweiterten Bewertungsausschusses (zuletzt geändert durch Beschluss des 30. Erweiterten Bewertungsausschusses) Abschnitte 3.1.1.1 und 3.2.1 bleiben Ausschlüsse von Versicherten gemäß Nr. 1 dieses Beschlusses bei der Ermittlung von Relativgewichten unberücksichtigt.

3. Übermittlung der Pseudonyme der zusätzlich ausgeschlossenen Personen

Nach Durchführung der Korrektur der Datengrundlage übermittelt die Datenstelle des Bewertungsausschusses im Auftrag des Instituts eine Pseudonymliste der durch die Änderung in Nr. 1.1 und Nr. 1.2 zusätzlich ausgeschlossenen Personen nach Wohnort-Prinzip gemäß dem im Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 263. Sitzung am 17. Oktober 2011, Teil A, Abschnitt II. festgelegten Datenlieferweg.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 283. Sitzung am 30. August 2012 zur Korrektur der Datengrundlage zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 30. August 2012

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2012 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 zu beschließen. Hierzu ist gemäß § 87a Absatz 5 Satz 3 SGB V vom Institut des Bewertungsausschuss u. a. eine diagnosebezogene Veränderungsrate für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zu berechnen, die wiederum auf einer aktualisierten Datengrundlage basieren soll (§ 87a Absatz 5 Satz 4 SGB V).

In seiner 29. Sitzung am 19. und 25. Juni 2012, geändert durch Beschluss in seiner 30. Sitzung am 15. und 30. August 2012, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in § 2 Ziffer 2.1 Nr. 2, im Zusammenhang mit der entsprechenden Anlage, Vorgaben zu der zu verwendenden Datengrundlage getroffen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in der Anlage zu dem o.g. Beschluss in seiner 29. Sitzung (geändert durch Beschluss in der 30. Sitzung) die technischen Details festgelegt, die es dem Institut des Bewertungsausschusses ermöglichen, die gesetzlich festgelegte Aufgabe der Berechnung der Veränderungsdaten aufgrund von entsprechenden Vorgaben durchzuführen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Regelungshintergrund

Bei der laufenden Qualitätssicherung der Datengrundlage „Geburtsstichprobe“ fiel auf, dass bei einigen Krankenkassen im Jahr 2010 im Vergleich zu anderen Krankenkassen überdurchschnittlich viele bzw. unterdurchschnittlich wenige Versicherte in der Datenlieferung enthalten sind, für die es im Jahr 2009 innerhalb der gesamten Datengrundlage keine Zuordnung zu irgendeiner Kasse gibt. Diverse Prüfungen des Instituts des Bewertungsausschusses ergaben, dass ein Großteil dieser im Jahr 2010 „neu gemeldeten“ Versicherten keine Zugänge in die gesetzliche

Krankenversicherung während des Jahres 2010 sein können, sondern auf Lieferlücken einzelner Kassen im Vorjahr 2009 zurückzuführen sind.

Bei den durchgeführten Qualitätssicherungsschritten wurde ein Versicherter als „neu gemeldeter Versicherter“ (in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. in der Datengrundlage) erkannt, wenn dieser im Jahr 2010 in den von den Krankenkassen gemeldeten Daten enthalten ist, allerdings im Jahre 2009 nicht enthalten war. Neugeborene des Jahres 2010 und Versicherte, die aufgrund der Erweiterung der Geburtstagsstichprobe im Jahr 2010 erstmals in den Datenbestand kamen, wurden in die Auswertungen nicht mit einbezogen. Bei den nun vorgenommenen Qualitätssicherungsschritten ergab sich, dass bei einigen Kassen die Inanspruchnahmequote der „neu gemeldeten Versicherten“ deutlich von der durchschnittlichen Inanspruchnahmequote aller „neu gemeldeten Versicherten“ abweicht. Aufgrund der atypischen Inanspruchnahme dieser Versicherten können die vorgesehenen Maßnahmen zum Umgang mit fehlenden Versichertendaten, die demografischen Hochrechnungsfaktoren, keine volle Wirkung entfalten. Die Anwendung der demografischen Hochrechnungsfaktoren beruht auf der Annahme, dass die ausgeschlossenen Versicherten eine ihrer Alters- und Geschlechtsgruppe entsprechende Morbidität aufweisen. Ist diese Prämisse verletzt, können Fehler in der Datengrundlage, wie sie hier vorliegen, zu Verzerrungen der diagnosebezogenen Veränderungsdaten führen.

2.2 Regelungsinhalt

Zur Lösung der unter 2.1 beschriebenen Datenproblematik wird unter Nr. 1.2 des Beschlusses das folgende Verfahren beschrieben: Für jede Krankenkasse wird im Jahr 2010 der Anteil der „neu gemeldeten Versicherten“ an der Gesamtzahl der Versicherten bestimmt. In die weiteren Prüfungen werden nur diejenigen Krankenkassen einbezogen, die im Jahr 2010 mehr als 1.000 „neu gemeldete Versicherte“ haben. Bei Krankenkassen, bei denen der Anteil der „neu gemeldeten Versicherten“ um mehr als einen Prozentpunkt von 1,5 v. H. abweicht, wird die Inanspruchnahmequote der „neu gemeldeten Versicherten“ geprüft. Aufgrund der durch das Statistische Bundesamt berichteten Anzahl an Zuzügen nach Deutschland und der durch den Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. veröffentlichten Anzahl von Versicherten, die von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln, wird ein Wert von 1,5 v. H. als regulärer Anteil von „neu gemeldeten Versicherten“ einer Krankenkasse unterstellt. In einem zweiten Schritt wird nun geprüft, ob die Inanspruchnahmequote der „neu gemeldeten Versicherten“ über oder unter dem Durchschnitt liegt. Als durchschnittliche Inanspruchnahmequote für „neu gemeldete Versicherte“ wird von einem Wert von 70 v. H. ausgegangen, wobei Abweichungen von 15 Prozentpunkten möglich sind. Wenn die vorgenannten Voraussetzungen für eine Krankenkasse vorliegen, erfolgt ein Ausschluss der „neu gemeldeten Versicherten“

dieser Krankenkasse aus der Datengrundlage für die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten.

Um Verzerrungen in der Versichertenstruktur der Datengrundlage gering zu halten und Strukturgleichheit zwischen den Jahren 2009 und 2010 zu erreichen, werden für die ausgewählten Krankenkassen auch die „neu gemeldeten Versicherten“ im Jahr 2009 ausgeschlossen.

Da für diejenigen Stichprobenversicherten, die im Jahr 2010 erstmals in die Erhebung aufgenommen wurden (neue Geburtstage), keine Prüfung auf „neu gemeldete Versicherte“ möglich ist, werden sie gemäß Nr. 1.1 dieses Beschlusses in Gänze für die Berechnungen der diagnosebezogenen Veränderungsraten ausgeschlossen.

Die Nr. 2 des Beschlusses dient der Wahrung der in § 87a Abs. 5 SGB V vorgegebenen Frist, indem Ausschlüsse gemäß Nr. 1 des Beschlusses nicht bei der Ermittlung von Kosten- und Relativgewichten berücksichtigt werden müssen, sondern lediglich bei der Bestimmung von Veränderungsraten.

Der Beschluss legt unter Nr. 3 fest, dass das Institut des Bewertungsausschusses die Datenstelle des Bewertungsausschusses beauftragt, die Pseudonyme der durch diesen Beschluss zusätzlich ausgeschlossenen Personen an die Träger des Bewertungsausschusses zu übermitteln.

3. Inkrafttreten und Veröffentlichung

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 30. August 2012 in Kraft.